8N.22
1900
Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.

Ueber Symphyseotomie.

Inaugural-Dissertation

bei der

Meldung zum Doctorexamen

der hohen medicinischen Facultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Bonn

vorgelegt im Februar 1900

von

Arthur Wertheim

aus M.-Gladbach.

BONN 1900.

Druck von Jean Trapp,

Stiftsgasse 19.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152003_0233

Meinen lieben Eltern!

Gegen Ende des 16. Jahrhunderts veröffentlichte Severin Pineau[1]), ein gelehrter Wundarzt zu Paris, eine Schrift, worin er die Frage, ob während der Schwangerschaft und Geburt die Scham- und Hüftbeine beweglich würden und sich in ihren Verbindungen auseinanderbegeben könnten, erörtert; er kommt zur Bejahung dieser Frage und führt den physiologischen Grund an, dass durch den in der Schwangerschaft vermehrten Zufluss der Säfte die zwischen den Verbindungen liegenden Knorpel und Bänder erweicht und die Knochen auseinander getrieben würden, wodurch der innere

[1]) Severinus Pinaeus: De virginitatis notis, graviditate et partu.

Beckenraum vergrössert würde. „Die Schamfugensubstanz ist einem Schwamm ähnlich, der in der Schwangerschaft aufquillt und nach der Entbindung eintrocknet.“ Zur Bestätigung seiner Behauptung teilt er den Sektionsbericht einer Kindsmörderin mit, die am zehnten Tage nach ihrer Entbindung hingerichtet wurde. Der Versuch, vor der Eröffnung des Leichnams durch Erheben des Schenkels das eine Schambein über das andere hinüber zu heben, gelang so vollkommen, dass die Entfernung des einen Schambeins vom anderen wenigstens einen halben Zoll betrug. Aus seinen Worten: „praterea ignobiliores partes nobilioribus semper ministrant et obsequuntur, nec non continentes seu externae non tantum dilatari, sed etiam secari tuto possunt, ut internis succuratur, ut Galenus ait“ entnehmen wir, dass er den Schnitt sogar schon andeutet, indem er sich auf Galen beruft. Ferner hatte de la Courrue[1]) um dieselbe Zeit etwa schon an einem weiblichen Leichnam diese Operationen verrichtet; wir lesen bei ihm darüber: „ .... huc me ducit discendi cupido, tangebatur immisso in vulvam digito caput pueri, sed ossa pubis ita erant constricta et coniuncta,

[1]) De la Courrue de nutritione foetus in utero paradoxa. Dantisc. 1655. 4. S. 245.

ut vix novacula potuerint diduci, his diductis extractus est infans eo situ, quo prodibat, omnino naturali, unde judicavimus non alio frustrati partus, et utriusque mortis causam esse deducendam. nisi quia haec ossa non potuerint diduci."

Die Lehren Pineau's, de la Courrue's und andrer mehr sollten in Paris etwa zwei Jahrhunderte später in Anwendung kommen.

Im Jahre 1768 schlug Sigault, damals noch Elève des écoles de chirurgie, in einem Aufsatze, gerichtet an die Akademie der Chirurgie, diese Operation vor; er meinte, jetzt würde der Gebrauch der Zange unnötig, da seine Methode bei jeder Einkeilung des Kopfes in Anwendung kommen könne. Er erbot sich „die Operation erst an Tieren und dann an einer Person zu machen, welche das Leben verwirkt habe." Die Akademie verwarf jedoch diesen Vorschlag auf Grund des Urteils ihres Berichterstatters Dr. Russel.

Diese Veröffentlichung rief eine allgemeine Diskussion Für und Wider hervor, an der sich auch Baudelocque[1]) beteiligte. Er beweist aus der Theorie und der Erfahrung, dass die Aus-

[1]) An in partu propter angustiam pelvis impossibili, symphytis ossium pubis secanda.

einanderdehnung der Schamknochen ihre Entfernung vom Kreuzbein nicht sehr vergrössert und folgert, dass die Schambeinfugentrennung dem Kinde keinen viel weiteren Durchgang verschafft, ferner setzt er noch hinzu, dass, wenn man auch durch diese Operation einen gewissen Raum gewänne, sie dennoch unnütz wäre, weil die ruhige Anwendung der Zange in jedem Falle die Entbindung noch viel leichter hervorbringen würde; er kommt zu dem Schluss, dass man die Operation durchaus verwerfen müsste. Peter Camper[1]), ein holländischer Geburtshelfer, nahm den neuen Vorschlag eifrig auf und wurde ein Verfechter desselben, auch er hatte das Auseinanderweichen der Schambeine bei schweren Geburten beobachtet und sich an Leichnamen überzeugt, dass durch jene Trennung die Weite des Beckens vermehrt würde; er glaubte, dass die Operation leicht auszuführen und ohne Gefahren sei, er folgerte dies aus seinen Versuchen sowohl an menschlichen Leichen wie an trächtigen lebenden Säuen, bei denen sich eine gute Vereinigung der Schambeine feststellen liess. Unbekümmert um den Streit der Meinungen, der

1) De emolumentis et optima methodo insitionis variolarum Groningen 1774. 8. p. 107.

hin- und herwogte, blieb Sigault bei seiner Ansicht. 9 Jahre später fand er Gelegenheit, seine Operation auszuführen. Wir folgen hierbei, wie auch zum Teil schon im Vorhergehenden Siebold[1]), Sue[2]) dem Jüngern, Osiander[3]) und Neugebauer[4])

Die Gravide war eine 30jährige Soldatenfrau, namens Souchot, rachitisch verwachsen, 3 Fuss $8^1/_2$ Zoll hoch; sie hatte bereits viermal jedesmal durch schwere Wendungen von toten Kindern entbunden werden müssen; Sigault hatte den Geburten teils beigewohnt, teils selbst Hülfe geleistet und schon bei der vierten Niederkunft seine Operation vorgeschlagen, war aber auf einstimmigen Widerspruch seiner anwesenden Collegen gestossen. Die fünfte Schwangerschaft trat ein, und nun entschloss sich Sigault zum Schambeinfugenschnitt, den er in der Nacht auf den 2. Oktober 1777

---

1) Versuche einer Geschichte der Geburtshülfe von Ed. Casp. Jacob von Siebold. Berlin 1845.

2) Sue der Jüngere, gelehrte und kritische Versuche einer Geschichte der Geburtshülfe, aus dem Französischen. Altenburg. 1786.

3) Lehrbuch der Entbindungskunst von Dr. Friedrich Benjamin Osiander. Göttingen 1799.

4) Ueber die Rehabilitation der Schamfugentrennung oder Symphyseotomie durch die geburtshülfliche Schule in Neapel von Ludwig Neugebauer. Leipzig 1893.

unter Assistenz eines Collegen Alphonse le Roi ausführte.

Am zehnten Tage war der obere Teil der Symphyse bereits geschlossen, am 46. Tage fing sie wieder an zu gehen. Gleich den Morgen nach der Operation setzte er die medizinische Fakultät in Kenntnis. Auf seinen Wunsch ernannten diese die Herren Grandclas und Descemet, welche die Wöchnerin täglich zweimal besuchten. Am 3. Dezember desselben Jahres stellte sich die Frau Souchot in der Versammlung der Facultät vor. Sie ging nur lose auf ihres Mannes Arm gestützt, die Treppe hinauf, um in den Sitzungssaal zu gelangen und stand etwa 2 Minuten allein. Sie versicherte, sich ganz wohl zu fühlen, nirgendwo Schmerzen zu empfinden, nur hätte sie über unfreiwilligen Harnabgang zu klagen, beim Sitzen freilich könne sie ihn halten — hierzu bemerkt Sigault, dass es bei den beschränkten Räumlichkeiten, bei einer spärlichen Beleuchtung und infolge Mangels eines geeigneten Messers den Fehler begangen, den Knorpel nicht gerade herab, sondern mehr in schiefer Richtung durchschnitten und auf diese Weise einen Teil des Blasenhalses verletzt zu haben, ein Umstand, setzt er ausdrück-

lich hinzu, der hätte vermieden werden können — ihr Kind befand sich ebenfalls wohl; die Bevollmächtigten erstatteten ihren Bericht und erklärten die Frau für gesund.

Nach dem Bekanntwerden dieser Operation war das Publikum, unter ihnen natürlich besonders die Frauen, begeistert, so schrieb eine Gräfin: „in Gegenwart der ganzen Nation sollte eine Mutter, die sich dieses Namens freut, die Arme ihres Kindes bis zu der Stirne dieses Wohlthäters des Menschengeschlechts aufheben, und die unschuldigen Hände dieses Kindes sollten selbige mit einer civischen Krone schmücken, eine Statue solle ihm errichtet werden, die ihn unter der Gestalt des Gottes der Gesundheit vorstellte, und dass rührende Ehrenbezeugungen alle Jahre das Andenken seines Ruhms und unsrer Dankbarkeit erneuern sollten.“ Eine ungenannte Wohlthäterin setzte der Frau Souchot „wegen des Mutes, den sie gezeigt habe,“ eine nicht unbeträchtliche Pension aus.

Genau so wie damals, als Sigault seine Operationsmethode an die Oeffentlichkeit brachte, die Meinungen der Sachverständigen geteilt waren, so auch jetzt nach vollführter Operation. Wie schon gesagt, die Fakultät war auf seiner Seite, sie erkannte an, dass die Durchschneidung der Scham-

beinfugenknorpel für die Kranke gar nicht gefährlich und in vielen Fällen dem Kaiserschnitt vorzuziehen sei, vorzüglich dann, wenn das Kind durch die natürlichen Wege herauszuziehen sei. Ferner drückte die Fakultät Sigault und seinem Assistenten Alphonse le Roi ihre schmeichelhafte Anerkennung in Gestalt einer Denkmünze aus, auf deren einer Seite die Namen der beiden Aerzte, auf der andern die Worte standen: „Anno 1768 sectionem symphyseos ossium pubis invenit, proposuit, anno 1777 fecit feliciter M. Sigault D. M. P., iuvit M. Alphonsus le Roi D. M. P.

Während so Sigault und seine Anhänger durch alle möglichen Mittel, die man fast marktschreierisch nennen möchte, für ihre Operation Propaganda machten, fehlte es nicht an gewichtigen Stimmen unter den Aerzten, die Sigault und seine Partei auf schärfste bekämpften. Zunächst war es Piet[1]), der auf den speciellen Fall der Frau Souchot eingehend, behauptete, die Operation sei bei ihr ohne dringende Indikation vorgenommen worden.

Die erste Entbindung nämlich — hier hatte er die Wendung selbst gemacht — hätte deswegen eine Totgeburt gezeitigt, weil die Nabelschnur meh-

[1]) Piet. Réflexions sur la section de la symphise du pubis A la Haye et Paris 1778.

rere Stunden vorgelegen, und das Kind einen bedeutenden Umfang gehabt habe; ähnlich sei es bei der vierten Totgeburt gewesen; dagegen hätte das Kind, welches Sigault durch seine Operation entbunden habe, einen überaus kleinen Kopf gehabt und hätte leicht mit der Zange geholt werden können. Auch sei die Wiederherstellung der Frau Souchot absolut nicht so vollständig gewesen, wie man in der Fakultätssitzung behauptet hätte. Das Gehen sei ihr im höchsten Grade erschwert gewesen, der Harn flösse ihr beständig ab, sie habe über starke Hüftschmerzen zu klagen und am unteren Ende des Schnitts habe sich eine Fistelöffnung gebildet, dass endlich diese Operation nur aus dem Grunde der Frau Souchot nicht schädlicher geworden, weil sie eben ganz unnötig gewesen sei; er wies ferner nach, dass die einfache Durchschneidung der Schambeine nicht genügen würde, um bei einer nur etwas beträchtlichen, fehlerhaften Bildung die Geburt zu beendigen; man müsse schon so weit gehen, dass eine Zerreissung der Bänder, welche die Hüftbeine mit den Kreuzbeinen verbänden, einträte, hieraus entständen aber Zufälle, die die Frau nicht überstehen würde.

Die Operationen, die Sigault und seine An-

hänger ausführten, waren nicht geeignet, den Gegnern Abbruch zu thun.

So machte ein Chirurg Bonnard[1]) den Schnitt, konnte aber nicht durch den Knorpel dringen, er führte den Kaiserschnitt aus, das Kind lebte zwar, aber die Mutter starb schon nach acht Tagen.

Sigault operirte nach jener Methode im Jahre 1778 eine Frau Vespres[2]), die Schambeine klafften einen halben Zoll und wurden durch Gewalt auf 3 Zoll Abstand auseinandergezogen, das Kind starb eine halbe Stunde nach der Geburt, die Frau am fünften Tage unter den schrecklichsten Schmerzen.

Ausserhalb Frankreichs verschaffte sich die Operation ebenfalls Freunde. So war in Deutschland Carl Caspar von Siebold[3]) zu Würzburg der erste; das Kind tot, die Mutter genas.

Den allerunglücklichsten Ausgang hatte Guerard[4]) in Düsseldorf: bei einem Becken von kaum 2 Zoll Conjugata gelang ihm die Wendung nur so weit, einen Fuss herabzuziehen. 12 Stunden später machte er den Schambeinfugenschnitt, die Extraction gelang auch jetzt nicht, er schnitt nun den Fuss

[1]) Journal de Médecine. Tom 49. 1778. 8. p. 433.
[2]) Gazette salutaire. 18. Jan. 3. Feb. 1779.
[3]) Richter, chirurg. Biblioth. 4. Band. Göttingen 1778.
[4]) i. B. Brinckmanns Bemerkungen etc. Düssel. 1778. 8.

ab, ohne weiterzukommen: er perforirte den Kopf, trennte einige Knochen los mit dem Erfolge endlich, dass nach 5 Stunden die Geburt glatt von statten ging, die Mutter starb am neunten Tage.

Solcher unglücklichen Beispiele wären noch viele beizubringen, mit wenigen Ausnahmen waren in den ersten Dezennien die Erfolge ungünstig, in England fand Sigault überhaupt keine Aufnahme infolge der heftigen Polemik von W. Hunter.

Wir werden uns schliesslich nicht wundern, dass Sigault selbst das Zutrauen zu seiner Methode verlor, schrieb doch kein geringerer als Baudeloque: „Toute la foi, qu'on a sauvé l'enfant, on a tué la mère, et quand on a sauvé la mère, on a tué l'enfant; quand les deux individus ont été sauvés, l'opération n'était pas nécessaire.“ Und im Jahre 1845 schrieb Siebold[1]): „. . . . genug, Zeit und Erfahrung haben über eine Operation den Stab gebrochen, welche jetzt nur noch verblendeten und tollkühnen Fachgenossen mehr sein kann als eine blosse historische Merkwürdigkeit“ und weiter unten . . . . „dass die Akten über diese Operation selbst geschlossen sind und dass diese daher gänzlich der Geschichte anheimgefallen ist.“

Und Credé[1]) im Jahre 1853 „ . . . . Sonach stellt sich für den Schoossfugenschnitt heraus, dass er bei einer lebenden als zu gefährlich und im Vergleich zur Gefahr als zu wenig erfolgreich nicht ausgeführt werden darf. Höchstens fände er bei einer gestorbenen Gebarenden seine passende Stelle, wenn der vorliegende Kopf durch die Geburt bereits so tief in das kleine Becken ein- und festgetrieben wäre, dass derselbe voraussichtlich weder mit der Zange leicht nach unten, noch nach ausgeführtem Kaiserschnitt leicht nach oben herausgezogen werden könnte. Die Trennung der Schoossfuge macht dann den Kopf wieder beweglich und die jetzt mögliche schnelle Geburt rettet vielleicht das Leben des Kindes.

Naegele[2]) äussert sich folgendermassen:

„Betrachten wir den Erfolg der Operation für Mutter und Kind, deren gleichmässige Erhaltung dabei beabsichtigt wird, so geht aus den bekannt gewordenen Fällen hervor, dass ungefähr $^2/_3$ der Frauen mit dem Leben davon kam, von den Kindern aber nur $^1/_3$ gerettet wurde. . . . . aus dem Angeführten geht hervor, wie wenig der Schoossfugen-

[1]) Klin. Vorträge über Geburtshülfe v. K. S. Fr. Credé.

[2]) Dr. Hermann Fr. Naegele's Lehrbuch der Geburtshülfe. V. 1863. S. 543.

schnitt geeignet ist, die Sectio caesarea und Perforation entbehrlich zu machen, und wie dadurch überhaupt der beabsichtigte Zweck nur selten erreicht wird, daher man denselben aus der Liste der geburtshülflichen Operationen jetzt ganz gestrichen hat."

Beweis genug, dass um die Mitte des 19. Jahrhunderts diese Operation gänzlich verlassen war, wenn auch Michaelis 1834 und 35 die Operation für das allgemein verengte Becken empfohlen hat und die beiden Fälle nicht bedauerte, in denen er Mutter und Kind verloren hat.

Nicht besser erging es der Operation in Frankreich, von wo aus man sie doch empfohlen hat und sie anfangs so glänzend gefeiert wurde, in England hatte sie sich ja ein Eingang zu verschaffen gewusst.

1888 konnte Kleinwächter[1]) noch schreiben: „Die französische Geburtshülfe des 18. Jahrhunderts weise zwei beklagenswerthe Episoden auf, die Epoche von Saccombe's École anticésarienne und die der Symphyseotomie. Der Erfolg der Sigault'schen Operation erschien anfangs in glänzendstem

[1]) Die geschichtliche Entwicklung der Geburtshülfe etc. Handbuch der Geburtshülfe, herausgegeben von P. Müller.

Lichte. Die Fakultät liess zu Ehren der beiden Operateure eine silberne Denkmünze schlagen. Bald aber stellte sich der Schwindel der ganzen Angelegenheit heraus, indem die früheren Entbindungen der Frau Souchot nicht so schwierige gewesen waren, sie eine Blasenfistel behielt, die Symphyse nicht verwuchs und die Frau mit Krücken kaum gehen konnte. Dieser Schwindel wurde von der Fakultät trotz der Opposition Baudelosque's patronisirt.

Neugebauer zählt in seinem schon erwähnten Werke Aeusserungen einiger Autoren der neuesten Zeit über die in Frage stehende Operation auf.

Fritsch[1]) erwähnt in der 4. Auflage seines Lehrbuches die Symphyseotomie nicht.

Olshausen und Veit drücken sich in der 11. Auflage des Schröder'schen Lehrbuches der Geburtshülfe ungünstig über dieselbe aus.

Winkel[2]) der gegen die Gastro-Elythrotomie sich ausspricht, schreibt:

„Mögen diese Zeilen dazu dienen, dieser Operation recht bald wieder zu einem sang- und klanglosen Begräbnis zu verhelfen, bewahre uns Gott

[1]) Klinik der geburtshülflichen Operationen.

[2]) Winkel, Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1879 p. 727.

vor ihrem Auferstehen und ihrem noch möglichen Wiederkommen, aber noch mehr die armen Kreissenden mit Beckenenge, welche bei uns Aerzten Hülfe suchen" und fügt hinzu: „Mit gleichem Wunsche gedenken wir hier noch der Symphyseotomie.

Was man sich von ihr versprach, hat sie nicht gehalten und was man sich nicht von ihr versprach — Verletzungen der Blase, Zerreissung der Articulationes sacroiliacae Caries der vorderen Beckenwand — das hat sie in reichem Mahse gebracht, möge sie endlich für immer begraben werden."

Paul Zweifel[1]) in Leipzig spricht sich folgendermassen aus:

„Diese Operation gehört zu den obsoleten und wird nur des historischen Interesses wegen überhaupt erwähnt, sie lässt sich theoretisch nicht begründen 1) weil sie niemals eine genügende Erweiterung des Beckens liefert, 2) weil man nie von vornherein bestimmen kann, um wie viel die Mahse grösser werden nach der Operation, 3) weil die Heosakralgelenke der Gefahr der Ruptur und Fraktur ausgesetzt werden, wenn die Entbindung

[1]) Lehrbuch der Geburtshülfe 1881 p. 290.

nach vollzogener Symphyseotomie sich nicht leicht beendigen lässt, 4) selbst die allergünstigsten Erfolge der Operation werden immer ein Pyrrhussieg bleiben, denn die Harnfisteln, Harnincontinenz, Gangerschwerung, Gebärmuttervorfall, Caries der Schambeine und andere schädliche Folgezustände vernichten die nutzbringende Bedeutung dieser Operation. Es genügte manchem Geburtshelfer, der Studien halber in den betreffenden Jahren Paris besuchte, die Erstgeheilte, Frau Souchot nur zu sehen, um für sein Leben lang von der Symphyseotomie abgeschreckt zu werden."

„Italien, so sagt Kleinwächter an einer anderen Stelle seines Buches, gebührt leider der traurige Ruhm, diese unsinnige Operation noch bis heute zu kultivieren."

Trotz aller Anfeindungen, die diese Operation im Laufe des Jahrhunderts zu erdulden hatte, blieben die Italiener ihr unbeirrt treu, gerade in Neapel, sagt Henricus[1]), wo Beckenverengung unter dem Proletariat der Stadt nicht selten ist und wo infolge religiöser Bedenklichkeiten die Embryotomie bei lebender Frucht verworfen wird.

[1]) Ein Fall von Symphyseotomie nebst Bemerkungen über diese Operation in der Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaecologie Berlin 1896 S. 273 ff.

fand die Operation, begrüsst mit dem Namen „il dono die cielo“ einen Boden, wo sie Wurzel fassen und sich fruchtbringend entwickeln konnte. Morisani insonderheit nahm sich der Symphyseotomie an, führte die Operation mehrfach glücklich aus und wurde ihr eifriger Verfechter auch ausserhalb der Grenzen Italiens. Doch blieben seine seit 1866 mehrfach wiederholten Versuche, die Operation allgemein bekannt und gewürdigt zu sehen, ohne besonderen Erfolg, bis es seinem Assistenten Spinelly gelang, Pinard in Paris dafür zu gewinnen; Morisanis Bemühungen, der Symphyseotomie Bürgerrecht unter den geburtshülflichen Operationen zu verschaffen, strandeten an theoretischen Bedenken und eingewurzelten Vorurteilen gegen die Operation bei den ausseritalienischen Geburtshelfern. Die Symphyseotomie galt für eine gefährliche Operation, im günstigsten Fall blieb die Frau Krüppel, in dem modernen Kaiserschnitt bei relativer Indikation und dem partus arte praematurus hatte man bessere Verfahren. Man fürchtete speciell für Bersten der hinteren Synchondrosen und andre unheilbare Folgen. Aber inzwischen war die Anti- resp. Aseptik in die Geburtshülfe eingeführt worden und Dank derselben konnte die

Symphyseotomie wieder in die Reihe der geburtshülflichen Operationen eintreten.

Anfangs 1892 wurde die Symphyseotomie von Pinard mit vollständigem Erfolge ausgeführt und binnen kurzem hatte die Operation einen Platz in den Pariser geburtshülflichen Kliniken erworben. Während Pinard die Ausführbarkeit der Symphyseotomie in klinischer Hinsicht nachwies, legte L. H. Faraboeuf vom anatomischen Standpunkt aus die Dehnungsfähigkeit des Beckens dar nach Durchschneidung der Symphyse. Es ist ein eigner Zufall, dass die Symphyseotomie in Paris an der Klinik wieder eingeführt wurde, die den Namen des berühmten Gynaekologen Baudelocque führt, welcher die Operation am stärksten angriff. Sigault hatte Recht in seiner Prophezeihung: „Le temps et le succès me vengeront peut-être.“

Bei Neugebauer finden wir die Tabellen Morisanis zusammengestellt, die das ganze Material der Symphyseotomie umfassen sollen.

I. Die erste Tabelle enthält 80 Fälle v. 1776-1860. Auf 80 Operationen hat man 52 Mütter gerettet, 28 sind gestorben, von 81 Kindern 45 tot, 33 lebend, das Los dreier ist unbekannt. Das bedeutet 31,35% Lethalität für die Mütter und 51,81% für die Kinder.

Neugebauer bringt noch 56 Fälle aus dieser Zeit bei, die Morisani nicht berücksichtigt hat.

Von 25 dieser 136 Mütter ist über das Schicksal nichts gesagt, in 3 Fällen wurde nachträglich der Kaiserschnitt ausgeführt.

Bleiben also 108 Fälle.

69 Mütter sind genesen, 39 gestorben.

Lethalität der Mütter 36,1%.

Auf die 104 Kinder beträgt die Lethalität 44,44% einschliesslich der binnen 3 Tagen gestorbenen, 62,2%.

II. Die zweite Statistik Morisanis umfasst 50 Operationen von 1860—1880, ausschliesslich in Neapel ausgeführt.

41 Mütter gerettet, 9 starben.

Lethalität der Mütter 18%.

41 Kinder gerettet, 9 totgeboren.

Lethalität der Kinder 18%.

III. Die dritte Statistik Morisanis umfasst nur 18 Fälle.

10 Mütter gerettet, 8 tot, 38,88% Lethalität.

13 Kinder lebend, 5 totgeboren, 27,7% „

Es folgt eine Statistik über 24 Fälle, ausgeführt von Morisani und seinen Schülern; sein Assistent Spinelli hat sie zusammengefasst.

Von 24 Müttern starb keine.

Von 24 Kindern nur 1, 12 Stunden nach der Geburt.

Natürlich kann es in dieser Abhandlung nicht meine Absicht sein, eine erschöpfende Darstellung der Geschichte der Symphyseotomie zu geben, nur in gedrängter Kürze will ich zeigen, wie diese Operation von Italien aus, ihrem zweiten Vaterlande, sich in alle Länder so auch in Deutschland Eingang zu verschaffen gewusst hat.

Ich unterlasse es, die Tabellen weiter auszuführen, ob die Frauen Erst- oder Mehrgebärende waren, ob neben der Symphyseotomie noch andre geburtshülfliche Operationen angewandt und wie weit die Mütter wiederhergestellt wurden, genug diese italienischen Zahlen redeten eine deutliche Sprache, man trat der Sache näher, man stellte Indikationen für diese Operation auf und führte sie auch aus.

Die Begeisterung, die sie in Italien weckte, vermochte sie freilich in Deutschland nicht hervorzurufen, bei uns ist man mehr zurückhaltend, die Stellung einiger unsrer berühmtesten Geburtshelfer wird das zeigen.

So erklärte Leopold[1]), Dresden auf dem inter-

[1]) Centralblatt für Gynaekologie XVIII. Jahrg. S. 451.

nationalen medizinischen Kongress zu Rom: „Bei verengtem Becken mit einer Conjugata von 6-7½ cm ist die Perforation des lebenden Kindes zu ersetzen durch die Symphyseotomie. Derartige Fälle sind an eine Klinik oder dementsprechende Anstalt zu verweisen. Denn die Symphysiotomie ist gefahrvoll durch die Blutung und die Verletzungen der Weichteile, und schwierig in der Nachbehandlung.

Sie eignet sich daher ebenso wie der relative Kaiserschnitt nicht für den praktischen Arzt. Dieser möge im Entscheidungsfalle, wenn er selbst entbinden muss und die Verantwortung allein trägt, dann, wenn alle anderen Hilfsmittel nutzlos sind, getrost die Perforation des lebenden Kindes vornehmen, beruhigt in dem Gewissen, für die Familie das Höchste angestrebt zu haben, was er vermag — die Erhaltung der Mutter.“

Fritsch[1]) äussert sich im Anschluss an vier Symphyseotomien, die er im Wintersemester 1892/93 in Breslau ausgeführt hat, folgendermassen:

. . . . „Ich ging von der Ansicht aus, dass die Symphyseotomie da auszuführen sei, wo man rechtzeitig gerufen, die künstliche Frühgeburt gemacht hätte, also bei Becken, die zur künstlichen Früh-

[1]) Centralblatt für Gynaekologie XVIII. Jahrg. S. 454 ff.

geburt, zur Perforation oder dem relativen Kaiserschnitt je nach den Verhältnissen eine Indikation abgeben. Von diesen drei Operationen wird die Symphyseotomie die künstliche Frühgeburt am wenigsten verdrängen. Künstliche Frühgeburt und Symphyseotomie können in ein und demselben Falle niemals gegenübergestellt werden, entweder kommt man rechtzeitig, dann macht man die künstliche Frühgeburt, oder man kommt zu spät, dann kommt die Symphyseotomie in Frage. Bei aseptischen Fällen gab mir der Kaiserschnitt, auf die relative Indikation hin gemacht, so vortreffliche Resultate, dass ich nur schwer an die Symphyseotomie herantrat. . . . Habe ich auch nur zufällig bei Mehrgebärenden symphyseotomirt, so liegt ein absolut logischer Grund gewiss nicht dagegen vor, die Operation auch bei Erstgebärenden auszuführen. Es hat auch Autoren gegeben, welche die künstliche Frühgeburt im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit der Wehen bei Primiparen bei Erstgebährenden nicht machen wollen. Diese Einwände sind widerlegt. Ebenso liegen die Verhältnisse bei Symphyseotomie. . . . So schroff, wie es geschehen, kann man wohl die Symphyseotomie aus der Privatpraxis nicht mehr verbannen. Das Lehrgeld haben wir in den Kliniken

bezahlt. Sind erst alle Gefahren bekannt, haben die Studierenden oder wenigstens die Assistenten wie andre Operationen so auch die Symphyseotomie gesehen und mitgemacht, so ist ihnen doch die Symphyseotomie nicht einfach zu untersagen. Freilich so leicht, wie es von mancher Seite behauptet wird, ist die Symphyseotomie gewiss nicht."

Es möge jetzt der Bericht über eine Symphyseotomie folgen, die Geh.-Rat Fritsch im W.-S. 1899/00 ausführte.

Maria B., Dienstmagd, 22 Jahre alt, wurde am 20. Nov. 1899 aufgenommen, den 25. Feb. 1900 entlassen; ihre Eltern sind tot, einziger Bruder gestorben; sie hatte mit 8 Jahren Masern, erste Regel mit 18 Jahren, die Blutungen waren stark und lange andauernd. Gebar zum ersten Male am 4. Juli 1898, die Entbindung war normal. Befund bei der Aufnahme am 20. 10. 99: Person von mittlerer Grösse, starkem Knochenbau, gut genährt. Herz und Lungen normal.

Grösster Leibesumfang	106 cm.
Umfang in Nabelhöhe	105 cm.
Nabel-spina ant. sup. sinistr.	28 cm.
— — dextra	27 cm.
Proc. xyph.-Symphyse	50 cm.

Reichliche Schwangerschaftsnarben, die Bauchdecken sind stark gespannt, der uterus steht in der Höhe des Rippenbogens. Damm ist ziemlich breit, Scheide weit und weich. Partio steht sehr hoch, etwas nach hinten. Muttermund zeigt grosse seitliche Einrisse beiderseits, er lässt 2 Finger bequem durch.

Distantia spinarum 24.

Distantia cristarum 25.

Conjugata externa 19.

Conjugata diagonalis $9^1/_2$.

Wehenbeginn den 19. I. 1900, 3 h. a. m.

Die Untersuchung um 8 h. a. m. ergiebt:

Aeusserlich: I. Schädellage, Herztöne in normaler Frequenz links in der Mitte zu hören, innerlich: Muttermund bis auf einen schmalen Saum verstrichen. Blase gesprungen. Kopf noch beweglich, das hintere Scheitelbein ist stark untergeschoben, grosse Fontanelle rechts hinten zu erreichen, kleine nicht fühlbar. Befund um $9,^{15}$ h. a. m.:

Muttermund handtellergross. Ränder ausserordentlich weich und dehnbar. Pfeilnaht im queren Durchmesser, dem Promontorium sehr stark genähert. Vorderes Scheitelbein fast in seiner ganzen Ausdehnung abzutasten.

Der fundus uteri steht während der Wehen unter dem Rippenbogen und ist durch eine seichte Furche zwei Finger breit über dem Nabel gegen den übrigen Teil der Gebärmutter abgegrenzt; der Uterus ist lang ausgezogen und von oben nach unten gleichmässig breit. Ueber der Symphyse ist rechts das Vorderhaupt des kindlichen Kopfes etwa 10 cm. hoch deutlich abzutasten. Herztöne in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse deutlich, normal.

Um 12 Uhr mittags ist der Befund unverändert. Starke Kopfgeschwulst; da der Eintritt des Kopfes seit 4 Stunden keine Fortschritte gemacht hat, wird beschlossen, den Kopf in Narkose zu imprimieren.

$12^{1}/_{2}$ wird die Kreissende narkotisiert und im Querbett in Walcher'scher Hängelage unter grösster Kraftanstrengung die Impression des Kopfes versucht. Dieselbe ist, wie die gleichzeitige innere Untersuchung beweist, ohne den geringsten Erfolg, ebenso ist ein Versuch, nach Zangenanlegung den Kopf in den Beckeneingang hineinzuziehen, vollkommen vergeblich. Da die Perforation des lebenden Kindes zu grausam erscheint, entschliesst man sich zur Symphyseotomie.

Es wird ein Schnitt über der Symphyse in der Mittellinie etwa 5 cm lang bis in die Mitte der Sym-

physe geführt. Die linke Hand wird in die vulva eingeführt, um durch Druck auf die Innenseite der Schamfuge die Blutung zu beherrschen. Es gelingt unter relativ geringem Blutverlust in die Tiefe zu praeparieren, der Symphysenknorpel und das Symphysealgelenk wird mit dem Messer durchstochen, worauf die Schamfuge sofort soweit klafft, dass man den Finger hineinlegen kann.

Nun wird an dem hochstehenden Kopf im II. schrägen Durchmesser die Zange angelegt und der Kopf unter gleichzeitigem Druck von aussen auf den Beckeneingang mit einem einzigen Zug herausgezogen und leicht ein lebendes Kind entwickelt und die placenta exprimiert. Knorpelnaht mit Catgut, ca. 8 versackte Catgutnähte. Hautnaht m. Silkworm. 6 Nähte. Kaolinverband. Beckenkompression mit einem Handtuchverband.

Das Kind ist sehr kräftig entwickelt, weiblichen Geschlechts, 3700 gr. schwer.

Länge 50 cm.

Kopfumfang $36^1/_2$ cm.

Schulterumfang 38 cm.

Diameter fronto-occipitalis $17^1/_2$

D. mento-occipitalis 14.

D. biparietalis 10.

D. bitemporalis 8.

D. suboccipito-bregmaticus $10^{1}/_{2}$.

Auf dem rechten Scheitelbein befindet sich eine starke Geschwulst, rechte Gesichtshälfte ödematös. Ueber dem rechten Stirnbein verläuft nach der Orbita hin eine scharfe, ziemlich tiefe Druckmarke, herrührend vom Rande des Zangenlöffels; das Kind stirbt am 10. Lebenstage infolge subduraler Blutungen.

Die Wöchnerin hat am ersten Tage mässiges Fieber 37,8°, aber schon am folgenden Tag wird die Temperatur normal, um nur noch einmal am 6. Tage auf 38,3° zu steigen, auf eine Scheidenausspülung fällt die Temperatur prompt und ist schon am folgenden Tag 37,7°, am 23. II. wird die Wöchnerin entlassen. Gang ohne Schmerzen möglich, an der Symphyse deutliche Verschiebbarkeit zu konstatieren.

Meinem hochgeehrten Lehrer, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Fritsch für die freundliche Ueberlassung des Falles und gütige Unterstützung meinen aufrichtigen Dank.

Curriculum vitae.

Geboren wurde ich, Arthur Wertheim, jüdischer Confession, als Sohn des Kaufmanns Calman Wertheim und seiner Gattin Nettchen geb. Elsberg zu M.-Gladbach am 23. März 1876.

Von 1882—1886 besuchte ich die dortige israelitische Elementarschule, um dann das Gymnasium meiner Vaterstadt zu beziehen, das ich Ostern 1895 mit dem Reifezeugnis verliess. Das Sommersemester 95 studierte ich in Freiburg, die 3 folgenden in Bonn, wo ich am Ende des 4. das tentamen physicum bestand. Sommer 97 suchte ich Freiburg zum 2. Male auf, um dann die beiden folgenden in Berlin zu hören, den Schluss meiner Studienzeit war ich wiederum in Bonn, wo ich am 23. Febr. 1900 das examen rigorosum bestand.

Während dieser Zeit hörte ich bei folgenden Herren:

Baumann †, Keibel, Meyer, Riehl, Sarrazin, Sutter, von Térey, Weissmann.

Bleibtreu, Kayser, Kochs †, Ludwig, Pflüger, Kekulé v. Stradonitz †, La Valette.

Bäumler, Kraske, Reerink, Treupel.

Gusserow, Hansemann, Jolly, König, Mendel, Olshausen, Rosin, Silex.

Bohland, Doutrelepont, Fritsch, Pelman, Schede, Schmidt, Schultze, Ungar, Witzel.

Allen diesen Herren meinen Dank.